

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU

DIPLOMSKA NALOGA

MARTINA ŠVAB

Izola, 2015

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**GASTROEZOFAGEALNA BOLEZEN PRI
DOJENČKIH**

GASTROESOPHAGEAL DISEASE IN INFANTS

Študent: MARTINA ŠVAB

Mentor: doc. dr. MELITA PEŠOLJA ČERNE, prof. zdr. vzg., viš. med. s.

Študijski program: Visokošolski strokovni študijski program 1. stopnje

Študijska smer: Zdravstvena nega

Izola, 2015

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana Martina Švab izjavljam, da je predložena diplomska naloga izključno rezultat mojega dela;

- poskrbela sem, da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženi nalogi, navedena oziroma citirana v skladu s pravili UP Fakultete za vede o zdravju;
- zavedam se, da je plagiatorstvo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah UL št. 16/2007 (v nadaljevanju ZASP) kaznivo.

Martina Švab

KLJUČNE INFORMACIJE O DELU

Naslov	Gastroezofagealna bolezen pri dojenčkih
Tip dela	diplomska naloga
Avtor	ŠVAB, Martina
Sekundarni avtorji	PERŠOLJA, Melita / PROSEN, Mirko
Institucija	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju
Naslov inst.	Polje 42, 6310 Izola
Leto	2015
Strani	VI, 30 str., 2 sl., 42 vir
Ključne besede	Gastroezofagealna bolezen, dojenčki, majhni otroci, bolezni prebavil, refluks
UDK	616-053.2
Jezik besedila	slv
Jezik povzetkov	slv/eng
Izvleček	Namen diplomske naloge je s pregledom tako domače kot tuje literature opredeliti gastroezofagealni refluks, etiologijo, klinično sliko in diagnostiko, prognozo, preventivo, zdravstveno vzgojo ter spremljanje otroka z gastroezofagealnim refluksom. Naš namen je tudi odkriti posebnosti obravnave dojenčka z GERB v zdravstveni negi. Rezultati raziskave so pokazali, da matere kar hitro in uspešno prepoznajo zgodnje znake refluksne bolezni ter da so zelo dobro poučene, informirane od zdravstvenega osebja o ukrepih za preprečevanje oziroma lajšanje znakov bolezni.

KEY WORDS DOCUMENTATION

Title	GASTROESOPHAGEAL DISEASE IN INFANTS
Type	Diploma work
Author	ŠVAB, Martina
Secondary authors	PERŠOLJA, Melita / PROSEN, Mirko
Institution	University of Primorska, Faculty of Health Sciences
Address	Polje 42, 6310 Izola
Year	2015
Pages	VI, 30 p., 2 fig., 42 ref.
Keywords	Gastroesophageal reflux disease, babies, small children, disease of the gastrointestinal tract, reflux
UDC	616-053.2
Language	slv
Abstract language	slv/eng
Abstract	<p>The purpose of this thesis is through the use of a systematic review of both domestic and foreign professional literature define gastroesophageal reflux disease, etiology, clinical presentation and diagnosis, prognosis, prevention, and health education for this particular disease. Our aim is to discover the particularities in nursing for babies with GERD in health care. The results showed that mothers quickly and effectively identify early signs of reflux disease and that they are very well trained and informed by medical staff on measures to prevent or relieve the signs of the disease.</p>

KAZALO VSEBINE

IZJAVA O AVTORSTVU	I
Ključne informacije o delu	II
KAZALO SLIK	V
SEZNAM KRATIC	VI
1 UVOD	1
1.1 Anatomija požiralnika in spodnjega požiralnikovega sfinktra	1
1.2 Gastroezofagealna refluksna bolezen	2
1.3 Vzroki	3
1.4 Simptomi	4
1.5 Diagnostika in obravnava otroka	5
1.6 Zapleti	5
1.7 Zdravljenje	6
1.8 Dojenje otroka z gastroezofagealnim refluksom	7
1.9 Prehrana otroka z gastroezofagealnim refluksom	9
1.10 Naloge diplomirane medicinske sestre	10
1.10.1 24-URNA pH-METRIJA	11
1.10.2 Radiološka diagnostika	12
1.10.3 Ultrazvočna preiskava abdomna	12
1.10.4 Scintigrafska diagnostika	12
1.10.5 Mamometrija požiralnika	13
2 NAMEN, CILJI IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	13
3 METODE DELA IN MATERIALI	14
3.1 Vzorec	14
3.2 Pripomočki	14
3.3 Potek raziskave	15
4 REZULTATI	16
4.1 Intervjuji z materami malčkov, ki imajo GERB	16
4.2 Intervju z medicinsko sestro	20
5 RAZPRAVA	21
6 ZAKLJUČEK	24
7 VIRI	25
POVZETEK	29
Summary	30
ZAHVALA	31

KAZALO SLIK

Slika 1: Antirefluksi položaj dojenčka.....	7
Slika 2: Dojenje in položaj dojenja pri dojenčku z refluksom.....	9

SEZNAM KRATIC

GERB Gastroezofagealna refluksna bolezen

MS Medicinska sestra

AR Antiregurgitacijska formula

GER Gastroezofagealni refluks

1 UVOD

Gastroezofagealni refluks (ali krajše GER) imenujemo vsako nehoteno zatekanje želodčne vsebine v požiralnik (Mitchell in sod., 2001). Je najpogostejša ezofagealna bolezen v času otroštva. Študija Rosen in Nurko (2004) je pokazala, da se pojavi kar pri 45 % dojenčkov, najpogostejše v 4. mesecu starosti (Dworkin, 1992). Gastroezofagealni refluks pomeni nehotno vračanje želodčne vsebine v požiralnik. Želodčna vsebina, imenovana refluktant, ki zateka v požiralnik (Orel, 2003), je lahko slina, hrana ali pijača, ki jo otrok zaužije, kisli izločki želodca in izločki trebušne slinavke ali žolčnika, ki se zaradi duodenogastričnega refluksa vračajo v želodec (Vandenplas in sod., 1993).

Bljuvanje ali regurgitacija želodčne vsebine pomeni blago, nehoteno vračanje želodčne vsebine skozi usta brez sile in se pojavlja običajno od rojstva do prvega leta starosti in je na meji fiziološkega dogajanja (Gebauer Sesterhenn in Praun, 2003). Pogosto je posledica občasne sprostitve tonusa mišice zapiralke v požiralniku in zvišanega pritiska v trebušni votlini (Sedmak in Logar Car, 2001). Regurgitacija lahko povzroči slabšo absorpcijo hrane, kar povzroča slabšo prehranjenost, lahko je povezana tudi z bolečino (Khan in sod., 1999). Nasprotno, bruhanje (*lat. emesis*) pomeni vračanje želodčne vsebine s silo skozi usta, običajno nehoteno in združeno s siljenjem na bruhanje (Budihna in sod., 1994).

Prvi znaki gastroezofagealnega refluksa se pojavijo pri večini otrok v prvem do šestem tednu otrokove starosti. Sedmak in Logar Car (2001) navajata, da lahko dojenček bljuva, bruha ali bruha v loku. Najpogostejši simptomi gastroezofagealnega refluksa pri dojenčkih in otrocih so: pogosto, ponavljajoče bruhanje, pogost, trdovraten kašelj (piskanje, hropenje), pomanjkanje apetita, občutek zgage v želodcu, bolečine v trebuhu, napenjanje, pojavljanje kolik, vnetje sluznice požiralnika z ranicami, refluks in ponovno požiranje ter okus kisline v ustih (Sanchez in Gremse, 2003). Pojavijo se lahko tudi neznačilni – ekstraefozofagealni simptomi, kot so: vztrajno bruhanje, slabokrvnost, nepridobivanje telesne teže, melena (Kocijančič in sod., 2005).

Gastroezofagealni refluks se lahko pojavi pri sicer zdravem otroku, vendar brez osnovnih sistemskih nepravilnosti – torej otrok se primerno razvija, pridobiva telesno težo, ima dober tek in nima zapletov, kot jih vidimo pri refluksni bolezni. Gastroezofagealna refluksna bolezen (krajše GERB) pa je patološki proces pri dojenčkih. Le-ta se kaže v slabem pridobivanju telesne teže, znakih otežkočenega požiranja, spremembah v obnašanju in pogostih, kroničnih dihalnih boleznih (Alli, 2014).

V diplomski nalogi želimo ob pregledu domače in tuje literature opredeliti gastroezofagealni refluks ter ugotoviti, katere so naloge medicinske sestre pri otroku z gastroezofagealnim refluksom.

1.1 Anatomija požiralnika in spodnjega požiralnikovega sfinktra

Začetni del prebavne cevi je požiralnik, katerega steno sestavljajo mukoza, muskularis mukoze, submukoza, muskularis in adventacija. Požiralnik nima seroze. Mišični sloj sestavljata dve plasti mišičnih vlaken – zunanja vzdolžna in notranja krožna. Notranjost požiralnika openja večslojen neporoženevajoč ploščat epitelij, ki v nazobčani črti na

kardiji prehaja v želodčno mukozo. Funkcionalno razdelimo požiralnik na tri dele: mišično steno požiralnika sestavljajo farinks, zgornji sfinkter požiralnika, prečno-progaste mišice, gladke mišice, spodnji sfinkter požiralnika ter želodec (Minsky in sod., 2010).

Požiralnik je cevast organ, ki je zgrajen iz štirih plasti. Sluznica (tunica mucosa) v zgornjem delu požiralnika se iz žrela nadaljuje v požiralnik. Zgrajena je iz večskladnega epitelijskega. Tak epitelij je zaščiten, ker je hrana v zgornjem delu prebavne cevi še v grobem stanju. V subkukozi (podsluznici) najdemo posamezne mukozne žleze, tako imenovane prave žleze požiralnika in žleze kardija v področju kardija (Kržišnik in Battelino, 2010).

V spodnjem delu požiralnika se nahaja področje, ki je rezistentno na raztegovanje – spodnji sfinkter požiralnika. Gre za fiziološki sfinkter, ki pa morfološko ni dokazan. Požiralnik iz prsne votline z negativnim intratorakalnim tlakom preide v trebušno votlino s pozitivnim intraabdominalnim tlakom, zato je jasno, da mora biti prisoten mehanizem, ki onemogoča prosti refluks želodčnega soka v požiralnik. Gre za funkcionalen in kompleksen dinamičen mehanizem, ki je pri otrocih (predvsem novorojenčkih in dojenčkih) veliko slabši kot pri odraslih (Kržišnik in Battelino, 1998).

Glavne značilnosti tega antirefluksnega mehanizma so (Kržišnik in Battelino, 1998):

- intraabdominalni segmenti požiralnika,
- gastroezofagealni kot,
- sluznična rozeta,
- preponsko »križanje«,
- sluznična valvula.

Pri odraslih se na mestu prehoda požiralnika v želodec oblikuje neke vrste sluznična zaklopka, ki deluje takrat, ko se zviša intragastrični tlak. Otroci takšne zaklopke nimajo (Srnkolt, 1995).

Anatomija gastroezofagealne povezave pri dojenčkih in novorojenčkih se razlikuje od anatomije tega dela pri odraslih. Pri novorojenčkih so križne mišice debele, dobro razvite in tvorijo poševen hiatusni kanal, ki fiksira spodnji sfinkter požiralnika. Spodnji sfinkter požiralnika torej ni določena mišica, temveč podaljšanje (cirkularnega) krožnega mišičja požiralnika. Požiralnik ima dve funkciji. Primarna je prenos hrane iz ust do želodca, sekundarna funkcija pa preprečevanje retrogradnega prenosa iz želodca na začetek v usta. Prenos hrane navzdol omogočata peristaltika in odpiranje sfinktrov (Gerhardt in Castell, 1983).

1.2 Gastroezofagealna refluksna bolezen

Gastroezofagealni refluks je vsako nehoteno zatekanje želodčne vsebine v požiralnik. O gastroezofagealni refluksni bolezni pa govorimo, ko moteči in pogosti simptomi vplivajo na kakovost življenja. Veliko dojenčkov ima gastroezofagealni refluks, vendar je to le simptom in navadno celo fiziološki pojav. Prvi simptomi se pri večini otrok pokažejo zelo hitro, že v prvih tednih otrokove starosti (Brown, 2000).

Bljuvanje oziroma regurgitacija manjših količin mleka je pri dojenčkih tako pogosto, da je skoraj normalno (Carriel, 1979). Pediatrična stroka je kljub pogostemu pojavljanju bljuvanja v dojenčkovem obdobju potrebovala dolgo časa, da je gastroezofagealni refluks priznala kot vzrok mnogih kliničnih problemov v otroški dobi. To dokazuje tudi Nelsonov učbenik pediatrije, ki je izšel leta 1997 in 1987. V njem je od 2170 oz. 1640 strani le na treh opisana problematika gastroezofagealnega refluksa (Vandenplas, 1992).

Bolezni gastroezofagealni refluks se od fiziološkega loči le po svojem obsegu ter po škodljivih posledicah, ki jih povzroča. Otroci, ki imajo samo refluks, ne pa refluksne bolezni, ne potrebujejo posebnega zdravljenja (Kržišnik in Battelino, 1998). Otroci z refluksno boleznijo pa v večini potrebujejo zdravljenje z zdravili, ki zmanjšujejo izločanje želodčne kisline. Zdravi se predvsem z zaviralci protonske črpalke, pri bolnikih, pri katerih zdravljenje z zdravili ni uspešno, opravijo največkrat fundoplikacijo (Corvaglia in sod., 2013).

Dojenček bljuva (poliva), bruha, hrana se povrne celo ob jokanju in kašljanju. Zaradi bljuvanja in bruhanja lahko otrok slabše pridobiva telesno težo ali hujša. Pojavijo se motnje požiranja, otrok pa je nemiren in odklanja hrano. Zaradi vračanja želodčne vsebine lahko nastane vnetje sluznice požiralnika. Večina otrok lahko že opiše bolečino, ki je pekoča in se iz žličke za prsnico širi proti vratu (zgaga), ima občutek kisline v ustih in slab zadah (Kocijančič in sod., 2005).

1.3 Vzroki

Bruhanje je eden najpogostejših simptomov pri otrocih. Velja staro pediatrično pravilo, da sta potrebna natančna anamneza in pogovor s starši, kar zdravniku omogoča tri četrt diagnoze (Budihna in sod., 1994).

Vzroki bruhanja pri otroku so lahko (Budihna in sod., 1994):

- vnetni proces (sepsa, okužba dihal, sečil, vnetje prebavil ...),
- anatomske nepravilnosti in zapore, kot so zožitev pilorusa, malrotacija in hiatalna kila,
- nevrološke bolezni,
- endokrine in presnovne motnje,
- bolezni prebavil in presnovne motnje,
- bolezni prebavil in jetrna obolenja,
- zastrupitev z zdravili (citostatiki, digoksin, hipervitaminoza vitamina A in D),
- kirurška obolenja, kot je na primer vnetje slepiča,
- alergija na prehranske alergene,
- celiakija,
- obolenje drugih organskih sistemov (npr: srčna odpoved),
- funkcionalne in psihogene motnje (npr: anorexia nervosa),
- drugi vzroki, kamor spadajo podhladitev novorojenčka, motnje hranjenja, moten odnos mati-otrok, prevelika luknja na cuclju.

1.4 Simptomi

Boleznski gastroezofagealni refluks se navadno kaže v obliki ene ali več skupin simptomov: polivanja s posledičnim nepridobivanjem telesne teže, simptomov ezofagitisa in simptomov v dihalih (kot so: kašelj, stridor, različne vrste kašlja, prenehanje dihanja in podobno), redkeje z eno od netipičnih pojavnih oblik. Ne zgodi pa se redko, da so bolniki z bolezenskim gastroezofagealnim refluksom dolgo brez težav in se te pojavijo šele z nastankom poznih zapletov refluksne bolezni. Poleg tega se lahko simptomi, podobni refluksu, pojavljajo pri celi vrsti drugih bolezni in pogosto predstavljajo velik diagnostični problem (Kržišnik in Battelino, 1998).

Tipični simptomi, pri katerih v prvi vrsti pomislimo na gastroezofagealni refluks, so (Kržišnik in sod., 2014):

- regurgitacija,
- zgaga,
- boleče požiranje hrane,
- občutek zatikanja hrane,
- bolečina v žlički,
- bolečina za prsnico,
- zavračanje hrane pri dojenčkih,
- dolgotrajen jok pri dojenčkih,
- izbruhana kri ali okultna krvavitev,
- dolgotrajna hripavost,
- dolgotrajen kašelj,
- zgibki glave, vratu, trupa,
- refluksno vnetje požiralnika,
- zožitev požiralnika,
- Barrettov požiralnik,
- refluksno vnetje grla in žrela,
- kemijske poškodbe zobne sklenine,
- aspiracijska pljučnica.

Tipični in netipični znaki

Tipična klinična slika: Gastroezofagealna refluksna bolezen je najpogostejša bolezen požiralnika s pestro klinično sliko in kroničnim potekom. Najpogostejša pokazatelj gastroezofagealnega refluksa sta zgaga in regurgitacija kisline, pogosta pa je tudi bolečina v prsih. Disfagija, občutek težkega požiranja, je pogosto simptom, ki praviloma napoveduje bolezen v hujši obliki (Šereg Bahar, 2010).

Atipična klinična slika: Gastroezofagealna refluksna bolezen povzroča tudi številne ekstraesofagealne simptome, kot so: nekardiogena prsna bolečina, astma, kronični kašelj, apneja v spanju, nenadna nepričakovana smrt dojenčkov, ponavljajoči se krup pri otroku, stridor, aspiracijska pljučnica, hripavost, laringospazem, občutek tujka v žrelu in grlu, kronično vnetje žrela, izlivno in ponavljajoče se vnetje srednjega ušesa, kronično vnetje nosu in obnosnih votlin, disfagija, subglotisna stenoza, laringomalacija, rak grla in erozija zobne sklenine. Večina otrok z atipično klinično sliko nima značilnih

refluksnih težav, kot sta zgaga in regurgitacija ter endoskopsko vidnega požiralnika (Šereg Bahar, 2010).

1.5 Diagnostika in obravnava otroka

Ko starši pripeljejo dojenčka s sumom na gastroezofagealno refluksno bolezen k zdravniku, je treba poizvedeti (Plevnik Vodušek in sod., 2013):

- Kdaj je otrok bruhal (ali je bilo to na tešče, po jedi ali ponoči)?
- Kaj je otrok bruhal (ali so bile to sestavine hrane, mleko, žolč, kri)?
- Kolikokrat je otrok bruhal in kako je bruhal (ali je bilo to bruhanje v loku s silo ali bljuvanje brez sile)?

Pomemben podatek je tudi, ali je otrok ob bruhanju imel temperaturo, drisko in če ima otrok pridružene bolečine v trebuhu, glavobol ali kakršnekoli druge znake bolezni (Plevnik Vodušek in sod., 2013).

Preiskave pri sumu na gastroezofagealen refluks: poleg anamneze in kliničnega pregleda otroka opravimo dinamično scintigrafijo želodca in požiralnika, ki je neinvazivna metoda in prikaže morebitno aspiracijo v pljuča v obdobju 24 ur. Rentgensko kontrastno slikanje požiralnika in želodca odkrije prirojene napake, saj je gastroezofagealen refluks v 15–75 % združen z hiatalno kilo. Najbolj specifična in občutljiva metoda je 24-urna pH-metrija (Silverman in Roy, 1983).

Zdravstvena nega je zdravstvena disciplina, ki obravnava posameznika, družino in družbeno skupnost v času zdravja in bolezni s ciljem, da se doseže čim višja stopnja zdravja, z nalogo omogočiti pacientom njihovo neodvisnost pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti, krepiti in ohranjati zdravje, negovati bolne in sodelovati v procesu zdravljenja in rehabilitacije (Kališnik, 2007).

1.6 Zapleti

Največ vemo o zapletih aspiracije ter regurgitacije želodčne vsebine v dihalo, katere posledice pa so lahko pljučnica, pnevmonitis, astma, bronhitis in laringitis, atelektaze, hemoptiza, pljučna fibroza in kronična astma (Drinovec in sod., 1994).

Sama povezava med gastroezofagealno boleznijo in respiratornimi motnjami je težko dokazljiva, ker na to vpliva veliko dejavnikov, je pa medsebojno povezljiva (Sanchez in Gremse, 2003). Med 24-urno pH-metrijo so ugotovili, da je kašelj značilno povezan s skupnim številom refluksov in skupnim številom refluksa, daljših kot pet minut, ter z odstotkom dela dnevnega časa, ko je pH v požiralniku manjši od štiri (Drinovec in sod., 1994).

Možni zapleti oziroma posledice gastroezofagealnega refluksa v zgornjih dihalih in v ustni votlini so (Drinovec in sod., 1994):

- kronični laringitis,
- kontaktni ulkusni in granuloma na glasilkah,
- disfonija,

- kronična hripavost,
- vnetje osrednjega ušesa,
- okvare zob,
- zatikanje hrane,
- ezofagitis,
- aspiracija,
- aspiracijska pljučnica,
- Sandiferjev sindrom,
- disfagija,
- Barrettov požiralnik,
- brazgotinska striktura,
- krvavitev,
- bronhialna astma.

1.7 Zdravljenje

Evropsko združenje za pediatrično gastroenterologinjo, hepatologijo in prehrano je izdalo priporočila za zdravljenje otroka z gastroezofagealnim refluksom, ki se izvajajo tudi v Sloveniji (Sedmak in Logar Car, 2001).

Pri otroku, ki zboli za gastroezofagealnim refluksom, je v prvi vrsti potreben pogovor medicinske sestre in zdravnika s starši. Razložita jim, za kakšno obliko bolezni gre, kaj lahko pri njej pričakujejo, se pogovorita o možnih zapletih in starše pomirita. Po pregledu in preiskavah se zdravnik odloči za možnost prehranskega zdravljenja. Če je otrok dojen, naj mati dojenje nadaljuje. Če otrok dobiva prilagojeno ali delno prilagojeno mleko, se priporoča zgostitev obrokov z 2-odstotno riževno sluzjo (starše se pouči o pripravi hrane pri dietetiku). Preprostejša je za starše že pripravljena mešanica zgoščenega mleka (antiregurgitacijsko mleko – AR). Pri gastroezofagealnem refluksu lahko otrok dobi pogostejše obroke v manjših količinah. Pri večjih otrocih se odsvetujejo pitje gaziranih pijač in pijač s kofeinom, sladke in začinjene jedi ter mastna hrana. Odsvetujejo se tudi zelo mrzla ali zelo vroča hrana in pijača ter pozni obroki po večerji. Pri otroku s prekomerno telesno težo se priporoča zmanjševanje telesne teže (Sedmak in Logar Car, 2001).

Pri otrocih z gastroezofagealnim refluksom se priporoča antirefluksni položaj, kot ga prikazuje slika 1: torej za 30° dvignjen položaj v posteljici otroka (Sedmak in Logar Car, 2001).



Slika 1: Antirefluksni položaj dojenčka (Olivers Baby, 2015)

Antirefluksni položaj je potreben tudi ob negi otroka in med njegovim spanjem. Zelo pomembno je podiranje kupčka po obroku. Vsaj pol ure po jedi naj bo otrok v pokončnem položaju (Jung in sod., 2012).

Ko dojenčka po jedi in podiranju kupčka položimo v posteljico z dvignjenim vzglavjem, naj otrok sprva leži v levem bočnem položaju, nato pa v položaju na hrbtu. Zdravnik se lahko odloči tudi za uvedbo prokinetičnega zdravila, ki dvigne tonus mišice zapiralke v požiralniku, pospešuje praznjenje želodca in deluje na gibanje črevesja. Zaradi neželenih stranskih učinkov zdravil se zdravnik odloči za zdravilo le v redkih primerih kompliciranega gastroezofagealnega refluksa (Sedmak in Logar Car, 2001).

Pri večjih oziroma starejših otrocih s tipično klinično sliko se v večini primerov začne takšno zdravljenje brez predhodnih preiskav. Zdravi se od dva do štiri tedne. V tem času simptomi ponavadi izginejo, v nasprotnem primeru pa so potrebne nadaljnje preiskave (Kržišnik in sod., 2014). Le v posameznih primerih je potrebno operativno zdravljenje (Sedmak in Logar Car, 2001).

1.8 Dojenje otroka z gastroezofagealnim refluksom

Težave, ki jih povzroča gastroezofagealni refluks, dojeni otroci lažje prenašajo kot tisti, ki so hranjeni z umetno hrano. Dojenček med dojenjem giba svoj jeziček in s tem sproži peristaltične valove po prebavnem traktu. Krčenje mišic deluje tako, da potiska hrano navzdol do želodčka in nato v tanko črevo. Človeško mleko je dvakrat bolj prebavljivo kot mlečne formule. Otroci, ki so dojeni, so hranjeni v nekoliko bolj pokončnem položaju, prav tako pa pomaga tudi gravitacija, da mleko in želodčna kislina ostaneta v želodcu (tam, kjer sodita). Hitreje kot se mleko prebavi, manj je možnosti, da se bo dvigovalo in vračalo v požiralnik (Barmby, 2004).

Starši otroka, ki je nesrečen in jokajoč zaradi težav, ki mu jih povzroča gastroezofagealni refluks, so lahko v stresu. Mame dojenčkov, ki jih nekaj teži in boli, potrebujejo podporo in pomoč tudi same, ko nenehno tolažijo svoje dojenčke in skrbijo zanje. Takrat je ključnega pomena dojenje, saj zagotavlja veliko prednost tako za mamico kot dojenčka, saj izboljša zdravje, razvoj otroka, hkrati pa vzpostavlja močno vez, ki pomaga prebroditi to težko obdobje (Barmby, 2004).

Barmby (2004) navaja tudi ukrepe, s katerimi lahko zmanjšamo otrokovo nelagodje:

1. Pokončnejši položaj: »S tem, ko držimo otroka v pokončnejšem položaju med dojenjem kot tudi po podoju, lahko gravitacija pomaga, da se mleko ne bo vračalo navzgor. Uporabite ruto, sling ali kakšno drugo tehniko, da naravnate otroka na višino dojke, lahko dojite tudi stoje ali med hojo. Če dojite leže in je otrok ob vas, ga lahko privzdignete na svojo nadlaket. Dojite lahko tudi tako, da uporabite blazine ali se nagibate nad otroka, ki ste ga prej z blazinami primerno podprli in namestili v pokončnejši položaj na ležišču. Otrok naj bo obrnjen s svojimi prsmi na materina, glavica naj bo nekoliko više od bradavice.«

2. Zelo pomembno je tudi redno predvsem pa nežno podiranje kupčka. Otroka moramo počasi in nežno dvigniti, mu dati čas, pri vsem tem pa ga lahko nežno teptamo in nežno premikamo. Izogibati se moramo prehitrim sunkovitim gibom. Odvsetuje se previjanje dojenčka takoj po hranjenju. Dobro je, da mama pozna položaje pravilnega handlinga, da otroka zna pravilno podpreti pri položaju čez ramo. Pomembno je, da otrok ne opleta z glavico, saj to lahko le še poslabša položaj. Včasih je treba kupček podreti večkrat. Če otrok, preden podre kupček, zaspi, ga odložimo v posteljico na levi bok in ga opazujemo. Dojenček se bo čez nekaj časa morda prebudil, jokal, postal nemiren, saj ga bo zrak tiščal. Takrat ne čakamo, ampak ga vzamemo na roke ter ponovno skušamo podreti kupček, da izloči zrak, sicer lahko bruhne leže (Barmby, 2004).

3. Veliko vlogo igra tudi večje število majhnih podojev in pa izmenjevanje dojke 'leva-desna' pri vsakem hranjenju. Mleko v dojki se nikoli povsem ne porabi, in tako bo dojenček nagrajen s počasnejšim tokom materinega mleka, ki pa ima takšne sestavine, ki mu bodo lajšale bolečine v grlu, in ne bo količinsko obremenilo trebuščka dojenčka. Močno izcejanje mleka in močan tok lahko povzročita še več polivanja, saj otrok pri tem zajema in golta več zraka (Barmby 2004).

Prav tako so pomembni tudi načini umirjanja in pestovanja za dojenčka z bolečim refluksom. Dojenčki, ki veliko jokajo in so večkrat vznemirjeni, imajo še več težav z refluksom. Staršem se pogosto kot strategijo za zmanjševanje težav priporoča zgoščevanje mleka. To lahko dosežejo z raznimi žitnimi kosmiči. Z njimi bo hrana gostejša in bo dlje ostajala v želodčku. Pri dojenčkih, mlajših od šestih mesecev, lahko kosmiči deloma zavzamejo mesto, ki ga je dotlej imelo materino mleko v otrokovi prehrani. Z zgoščevanjem z žiti se lahko pri nekaterih dojenčkih pojavi alergična reakcija na samo živilo (Barmby, 2004).

Nekateri dojenčki z reflukšno boleznijo se bodo morda želeli dojeti pogosteje, saj materino mleko deluje kot naravni antacid (blaži delovanje želodčne kisline v požiralniku), sesanje pa otroka pomirja. Če dojenček s tem preobremeni prostornino želodčka, se lahko simptomi refluksa tudi poslabšajo. Tedaj bo morda v pomoč omejevanje dojenja le na eno dojko, v obdobju dveh do treh ur, šele nato ponujanje druge dojke. Tako bo mleko pritekalo bolj počasi in otrok bo dobil več gostejšega kaloričnega mastnega mleka (Vandenplas in sod., 2009).

Drugi dojenčki z refluksom žal hitro ugotovijo, da po hranjenju vedno sledi bolečina, zato začnejo hranjenje zavračati. Dojenčki z refluksom bodo imeli več koristi od ukrepov, kot so dojenje v spanju, menjavanje in iskanje boljšega položaja dojenja, umikanje v tih miren prostor s čim manj motnjami in rahlo zibanje ali dojenje med hojo.

Morda bo dojenje manj stresno, če mamica pred podojem iztisne malo mleka, šele nato pa otroka pristavi na dojko – s tem ne bo požiral toliko zraka (Barmby, 2004). Pri dojenčku z reflukсом se zdi mamljivo poskusiti hranjenje z umetno AR-formulo v upanju, da se bodo simptomi izboljšali. Strokovnjaki pravijo, da lahko prehod od dojenja k mlečnim formulam refluks poslabša in ne izboljša. V večini primerov je potreben samo čas. Matere se morajo zavedati, da je dojenje za njihovega otroka najboljša možna izbira, kot prikazuje slika dve.



Slika 2: Dojenje in položaj dojenja pri dojenčku z reflukсом (Pinterest, 2015)

1.9 Prehrana otroka z gastroezofagealnim reflukсом

Evropsko združenje za otroško gastroenterologijo in prehrano priporoča osnovne smernice za pripravo hrane otrok, ki imajo gastroezofagealni refluks. Včasih je bilo pravilo o deljenih, manjših in pogostejših obrokih pri dojenčkih, od leta 1998 pa se le-to ne priporoča več. Otroku, ki bruha ali bljuva zaradi gastroezofagealnega refluksa, se priporoča zgostitev obrokov. Pomagamo si lahko z industrijskimi pripravki mleka, le-ti so zgoščeni z riževo moko. S kratico jih imenujemo AR-formule, kar pomeni antiregurgitacijsko mleko.

Sama zgostitev mleka z riževo moko je varna in učinkovita. Učinek AR-formul z riževo in s koruzno moko je proučevalo več študij. Večina je prišla do zaključka, da je uporaba rožičeve in koruzne moke za zgoščevanje mleka varna in učinkovita, čeprav je mogoča preobčutljiva (alergična) reakcija na sestavine moke (Plevnik Vodušek in sod., 2013).

Kot dodatek k mleku lahko uporabljamo riževe kosmiče oz. riževo sluz, ki jo dodamo v 2–5 %. Mleko je treba zgostiti toliko, da je treba luknjico na cuclju stekleničke povečati. Riž se v želodčku hitro razkraja in je dodaten vir energije za otroka. Ob taki prehrani otroci manj bljuvajo in bruhamo, zaradi občutka sitosti manj jokajo, imajo več energije in izboljšajo bolezenske znake GER-a za 25 %. Negativni učinki zgoščevanja pa so zaprtje

in napihnjenost, dolgotrajnejši refluks hrane v požiralnik, trebušne bolečine in kolike (Logar Car in sod., 1999).

Pri večjem otroku, ki se ne doji več in ima že raznoliko prehrano, se odsvetujejo (Krečan, 2008):

- gazirana pijača,
- kofein,
- zeleni čaj,
- mrzla ali prevroča pijača,
- mastna in začinjena hrana,
- zelo mrzla hrana,
- kislo sadje in kislja zelenjava,
- česen in druge močne začimbe,
- pepermint.

Večja previdnost in pozornost se svetujeta tudi pri sami pripravi hrane (Krečan, 2008):

- otroku se postreže sveže kuhana hrana z malo maščobe, malo tekočine in dušena,
- pečemo brez maščob,
- hrano se naj zabeli čim manj, ko je že kuhana, naj se to stori le z maslom ali s smetano,
- hrane se ne sme začiniti s preostrimi umetnimi ojačevalci okusa,
- uporabljamo malo soli,
- izogibamo se hrani, ki se v ustih drobi ali se težko navlaži,
- pripravimo lahko in mehko hrano,
- hrana naj bo bogata z vlakninami, saj ne sme povzročati obstipacije,
- izogibati se je treba hrani, ki napenja,
- hrano se mora dobro prežvečiti in jesti počasi,
- močno se odsvetujejo prigrizki med posameznimi obroki.

Odsvetujejo se pozni večerni obroki, zdravila, ki zmanjšajo tonus mišici zapiralki, telesne aktivnosti, ki povečujejo pritisk v trebušni votlini, ter preozke obleke (Logar Car in sod., 1999).

1.10 Naloge diplomirane medicinske sestre

Medicinska sestra (vključno s patronažno medicinsko sestro) mora pristopiti k družini celovito, z upoštevanjem rasti in razvoja novorojenčka, dojenčka in dvigniti kakovost odnosa med skrbnikom in otrokom (Arguin in Swartz, 2004). Njene naloge obsegajo predvsem svetovanje staršem s pojasnitvijo, da je refluks fiziološki pojav (Kržišnik in Battelino, 2010) in najpogostejši pri nedonošenčkih (Corvaglia in sod., 2007), ki se pojavi kar pri 45 % dojenčkov (Rosen in Nurko, 2004).

Pri dojenčkih z nezapletenim gastroezofagealnim refluksom je z anamnezo in s kliničnim pregledom že pri prvem stiku možno prepoznati bolezen in postaviti diagnozo, saj imamo na prvi pogled zdravega dojenčka, ob regurgitaciji pa zaradi normalnega pridobivanja teže ni opaziti drugih znakov neugodja, kot je na primer bolečina. Prav tako na prvi pogled ni simptomov, ki bi kazali na prizadetost požiralnika ali dihal (Kržišnik in Battelino, 2010).

Zbrati je treba podatke o prehrani otroka ter opraviti laboratorijske preiskave: preiskavo urina, hemogram, serumske elektrolite, sečnino in kreatinin. Pozornost je treba nameniti tudi znakom ezofagitisa, respiratorne motnje in spremembam v vedenju (Jung, 2001). Napotitev na sekundarno ali terciarno raven zdravstvene obravnave je potrebna le, kadar simptomi vztrajajo po 18. mesecu starosti, ali pri dojenčku s ponavljajočimi se regurgitacijami, bruhanjem in zaostajanjem teže (Kržišnik in Battelino, 2010).

Nepojasneni napadi joka pri dojenčku so redko posledica gastroezofagealne refluksne bolezni. Pogostejši vzroki so alergija na beljakovine kravjega mleka, okužbe, najpogostejše pa okužbe sečil, prirojene ali pridobljene nevrološke nepravilnosti, obstipacija, težave z dihanjem, presnovne bolezni in akutne kirurške bolezni (Kržišnik in Battelino, 2010).

V kolikor mati ne doji, se svetuje uvedbo zgoščenih mlečnih formul, povečan kalorični vnos, dieto brez proteinov kravjega mleka, reden nadzor napredovanja teže in v primeru neuspeha napotitev v specialistično obravnavo (Kržišnik in Battelino, 2010).

Če je otrok dojen, se svetuje, da se nadaljuje dojenje, izvaja antirefluksne ukrepe in dvigne lego v posteljici in na previjalni podlogi (Kržišnik in Battelino, 2010). Študija Jung in sodelavcev (2012) je dokazala, da je pri refluksu zelo pomemben položaj z dvignjenim vzglavjem. V svoji študiji so zajeli 32 novorojenčkov in dojenčkov z dokazano refluksno boleznijo in obolenjem dihal, v kateri so ugotovili, da je refluks pogostejši v obdobju po obroku in ne pozneje, ko se želodec prazni. Dokazali so tudi, da so simptomi, povezani z refluksom, pogostejši v ležečem kot polležečem položaju.

1.10.1 24-URNA pH-METRIJA

Prisotnost refluksne bolezni se najpogostejše ugotavlja s 24-urno pH-metrijo, preiskavo, ki jo Evropsko združenje za pediatrično gastroenterologijo in nutricijo (ESPGAN) uvršča v zlati standard preiskovalnih metod pri otroku s sumom na gastroezofagealni refluks. Preiskava nam daje najustreznejši podatek o pojavu refluksa pri otroku, saj sta njena specifičnost in občutljivost 94-odstotni (Kržišnik in Battelino, 1998). Otroku se s posebno nosno sondo spremlja nivo kisline v spodnjem delu požiralnika (Logar Car in sod., 1999).

Pred 24-urno pH-metrijo se večjemu otroku ali staršem dojenčka razloži namen in potek same preiskave. Zaželeno in priporočljivo je, da je mati med preiskavo ob otroku. 24-urno pH-metrijo bi bilo najbolje izvajati v domačem okolju, kjer bi se v običajnih pogojih pokazalo, kdaj pride do refluksa pri otroku. Zaradi nedoslednega zapisovanja podatkov staršev zaradi obveznosti pa se pri otroku priporoča hospitalna 24-urna pH-metrija (Logar Car in sod., 1999).

Preiskavo motijo kislja hrana in pijača ter razni sokovi. Tri dni pred preiskavo se otroku ukine zdravljenje z antagonisti s H₂ receptorjem, pet dni pred preiskavo pa zdravljenje z inhibitorji protonske črpalke (Kržišnik in Battelino, 1998).

V požiralniku je pri večjih otrocih 5 cm iznad zgornjega roba spodnjega požiralnikovega sfinktra. Pri dojenčku pa se izračuna mesto položaja elektrode po Strobelovi formuli. Lega sonde se kontrolira diaskopsko. Končni del elektrode mora segati do zgornjega roba tretjega vretenca nad otrokovo prepono. Drugi dve elektrodi pa

sta lahko višje v požiralniku ali želodcu. Pri dojenčkih se praviloma uporablja le enopolarna sonda. Naprava zabeleži eno meritev na 6 sekund, tako da se na koncu izriše krivulja kislosti. Samo beleženje kislosti naj bi se začelo že približno 30 minut po uvedbi sonde. Na shranjevalcu podatkov je gumb za označevanje začetka in konca ležanja. Pri dojenčku pa se označuje tudi lega na trebuhu in hrbtu. Po 24 urah se priklopi shranjevalec na računalnik, ki izriše 24-urno krivuljo kislosti za tisto točko, kjer je bila nameščena elektroda (Logar Car in sod., 1999).

1.10.2 Radiološka diagnostika

RTG-pasaža je bila dolga leta edina preiskovalna metoda za dokazovanje gastroezofagealne refluksne bolezni, sčasoma pa se je začela vse manj uporabljati, saj so druge metode zadostovale za dovolj informacij (Jung, 2001).

Prisotnost gastroezofagealnega refluksa se ocenjuje v desnem posteriornem poševnem položaju, ki traja 5 minut z občasnim presvetljevanjem. Preiskava se oceni kot pozitivna, če se med tem časom ugotovita vsaj dve epizodi GER-a ali vsaj ena s počasnim praznjenjem distalnega dela (Križišnik in Batelino, 1998).

Preiskavo opravimo na tešče, po tem ko večji otrok popije pripravek barija. V AP in stranski presvetlitvi s preiskavo pregledajo požiralni refleks, žrelo in začetne dele požiralnika. Otroka se nato poleže na trebuh (v desni sprednji poševni položaj), kjer spet popije nekaj požirkov kontrastnega sredstva, opazuje pa se peristaltika požiralnika in sluznične gube, s čimer se ugotavlja prisotnost hiatusne hernije. Otroka se še naprej obrača, kjer se še oceni želodčni pilorični predek in potek doudenalne pentlje (Križišnik in Batelino, 1998).

Dojenčki pijejo kontrastno sredstvo po steklenički. Če jo zavračajo ali je to neizvedljivo, se lahko vstavi sonda, ki se nato odstrani (Del Buono in sod., 2006). Pri njih se ocenjujeta sesalni in požiralni refleks, požiralnik in želodec kot pri večjem otroku oz. bolniku.

1.10.3 Ultrazvočna preiskava abdomna

Ultrazvočna preiskava pri dojenčkih se opravlja nekaj ur od zadnjega hranjenja, pri večjih otrocih pa se opravlja na tešče. Abdomen se pregleda v celoti in neredko se odkrijejo spremembe v trebuhu, kot so žolčni kamni, vnetne spremembe, tumorji in podobno, ki pri otroku povzročajo čezmerno bruhanje (Madsen, 2008).

1.10.4 Scintigrafska diagnostika

Je nuklearna medicinska preiskava, ki je prav tako v veliko pomoč pri odkrivanju gastroezofagealne refluksne bolezni. Je preprosta za izvedbo in ima dobro občutljivost. Otrok mora biti pred opravljanjem preiskave 3 do 6 ur tešč. Pomembno je, da se starše o njej dobro seznani, če pa je otrok že dovolj star, pa tudi njega. Otroku se najpogosteje v mleko doda rado-indikator, katerega volumen ustreza običajnemu obroku hrane. Če je le možno, naj otrok med preiskavo spi. Snemanje poteka z gama kamero in traja približno eno uro. Dve do pet ur po končanem snemanju z gama kamero se posname še statični scintigram pljuč v dveh projekcijah. S tem se odkrije morebitnost radioaktivnosti v pljučih, ki je pogosto posledica aspiracije radioaktivne želodčne vsebine (Križišnik in Batelino, 1998).

1.10.5 Mamometrija požiralnika

Z mamometrijo požiralnika merimo tlak v požiralniku. Preiskava se lahko izvaja na dva načina: z zelo natančnim elektronskim merilcem ali s sondo. V zadnjem primeru se uporablja plastično sondo, ki je sestavljena iz več majhnih kanalčkov, preko katerih se pritisk v požiralniku na stolpu vode prenaša na tako imenovane pretvornike, ti pa potem na monitorju računalnika vrednost registrirajo. Registrirajo požirek vode, kjer se uporablja 5 ml požirka navadne vode oziroma peristaltiko požirka slin. Otrok med preiskavo leži (Križišnik in Batelino, 1998).

2 NAMEN, CILJI IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Namen teoretičnega uvoda diplomske naloge je bil opozoriti na problem obravnave otrok z gastroezofagealno refluksno boleznijo in prikazati mogoče terapevtske metode. Čeprav sodi polivanje (oz. povračanje) mleka za večino dojenčkov v običajne vsakodnevne aktivnosti, pediatrična stroka dolgo časa gastroezofagealnega refluksa ni priznala za vzrok mnogih kliničnih problemov v otroški dobi. V Sloveniji je objavljenih precej medicinskih strokovnih člankov, ki jih najpogosteje najdemo v zbornikih predavanj in praktikumih ali pa izbranih poglavjih pediatrije (glej Drinovec in sod., 1994, Kržišnik in Batelino, 1998, Logar Car in sod., 1999), ni pa na razpolago natančnejših navodil za medicinsko sestro, ki dojenčka z gastroezofagealno refluksno boleznijo obravnava.

V empiričnem delu naloge želimo izvedeti več o osveščenosti staršev in njihovih izkušnjah z obravnavo otroka z gastroezofagealno refluksno boleznijo, s ciljem razširiti in poglobiti védenje o pričakovanih in izvedenih nalogah medicinske sestre. Želeli smo širši pogled v stanje, izkušnje in delo medicinskih sester ter njihovo razumevanje dogodkov v praksi.

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Katere so naloge medicinske sestre pri obravnavi otroka z gastroezofagealno refluksno boleznijo?
2. Je vsebina svetovanja staršem enotna?
3. V kolikšni meri starši znajo prepoznati prve znake gastroezofagealnega refluksa pri dojenčku?
4. Izbrali smo kvalitativno obliko raziskovanja in metodi intervjuvanja ter analize dokumentov.

3 METODE DELA IN MATERIALI

3.1 Vzorec

V raziskavo so bile vključene matere dojenčkov, katerih:

- starost ni presegala 24 mesecev,
- dojenčki so imeli potrjeno diagnozo gastroezofagealnega refluksa,
- dojenčki so izhajali iz različnih geografskih regij.

Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje Slovenije je bilo v letu 2013 zaradi gastroezofagealne bolezni hospitaliziranih 179 otrok do dopolnjenih 24 mesecev starosti (Nacionalni inštitut 2013, v tisku). Preko poznanstev in spletnega mreženja na forumu »Čudeži septembra 2013« so bile v nenaključni namenski vzorec izbrane tri mamice, ki so ustrezale zastavljenim kriterijem, s stalnim prebivališčem na Štajerskem, Primorskem in v osrednji Sloveniji.

V vzorec smo vključili tudi medicinsko sestro otroškega dispanzerja, v katerem je obravnavan otrok ene izmed intervjuvanih mamic.

3.2 Pripomočki

Za zbiranje podatkov smo uporabili metodo intervjuvanja. Delno strukturiran intervju je bil s pomočjo literature pripravljen za namen diplomske naloge.

Mamicam smo postavljali 18 vprašanj odprtega tipa, ki so se nanašala na prepoznavanje zgodnjih simptomov, ukrepanje ob prvih težavah, pridobivanje informacij v povezavi z gastroezofagealnim refluksom, na vsakodnevno življenje otroka, težave in na splošno obvladovanje gastroezofagealne refluksne bolezni.

Vprašanja, ki so bila postavljena v intervjuju:

1. Ali ste se že kdaj prej srečali z izrazom gastroezofagealna bolezen?
(Je bilo to za vas nekaj novega, je morda imel to bolezen že kdo v vaši družini)?
2. Ste v porodnišnici normalno vzpostavili dojenje, ali so se že tam pojavile kakšne težave?
3. Kako ste prepoznali prve znake refluksa?
4. Je otrok bruhal tudi v loku?
(Ste se ustrašili, ste povezali to z refluksom, je otrok polival po vsakem obroku)?
5. Kje ste iskali prve informacije?
6. Ste pred obiskom pediatra izvajali kakšne ukrepe za samopomoč?
7. Kdaj ste prvič zaradi simptomov poiskali zdravniško pomoč?
8. Kako je potekala obravnava vašega otroka?
(Ste bili z svetovanjem zadovoljni, ste dobili dovolj informacij)?
9. Se je ob izvajanju antirefluksnih ukrepov stanje kaj izboljšalo?
10. Ste z dojenjem nadaljevali ali ste se posluževali AR formul?
11. Je otrok imel še kakšne druge težave, ki ste jih povezovali z refluksno boleznijo?
12. Ste bili napoteni k specialistom na obravnavo?
13. Kdaj se je stanje začelo izboljševati?

14. Se je bilo težko sprijazniti z diagnozo?
15. Je otrok normalno napredoval?
16. So vaše izkušnje z obravnavo v zdravstvu pozitivne ali negativne?
17. Kdaj se je stanje popolnoma izboljšalo?
18. Je gastroezofagealna bolezen pustila kakšne posledice?

Za medicinsko sestro je bilo pripravljenih osem usmerjenih vprašanj v delno strukturiranem intervjuju, ki so se nanašala na zdravstvenovzgojno delo, svetovanje, spremljanje otroka in delovne izkušnje medicinske sestre.

Podatke intervjujev smo kodirali, kategorizirali in združili v tematske skupine.

Vprašanja namenjena medicinski sestri:

1. Koliko časa že opravljate delo v dispanzerju?
2. Kaj svetujete materam katere prihajajo v dispanzer z otroci z sumom na GERB ali že potrjeno diagnozo?
3. Prihajajo mamice v dispanzer že seznanjene s problematiko?
4. Prosijo za nasvete zgolj osebno ali vas tudi kličejo?
5. Kako izgleda obravnava takšnega otroka iz vaše strani?
6. Katera starostna skupina otrok največ prevladuje? So to dojenčki, malčki, otroci?
7. Kaj je največji strah staršev?
8. Kaj se svetuje za lajšanje težav, ki jih povzroča gastroezofagealni refluks?

3.3 Potek raziskave

Intervjuji so potekali januarja 2015. V telefonskem pogovoru z mamicami sem se dogovorila za opravljanje intervjuja, z medicinsko sestro pa za datum obiska v dispanzerju. Seznanili smo jih o namenu raziskave, poteku raziskave in jim zagotovili zaupnost podatkov. Pridobili smo njihova ustna soglasja in jim zagotovili zaupnost.

Na podlagi polstrukturiranega intervjuja je potekal pogovor z dvema materama pisno in po telefonu, z eno pa sva se osebno srečali. Intervju je potekal v sproščenem pogovoru in je v povprečju trajal 20–25 minut.

Prav tako smo opravili pogovor z medicinsko sestro v dispanzerju. Intervju je potekal v prostorih dispanzerja in je trajal približno 30 minut. Vsi odgovori so bili sproti beleženi in zapisani. Pogosto so bila postavljena podvprašanja.

4 REZULTATI

4.1 Intervjuji z materami malčkov, ki imajo GERB

V raziskavi so sodelovale tri matere, katerih otroci imajo potrjeno gastroezofagealno refluksno bolezen. V nadaljevanju predstavitev rezultatov raziskave smo otroke poimenovali z izmišljenimi imeni. Otroci, ki so sodelovali v raziskavi, so stari do 18 mesecev, pri vseh je bil refluks potrjen zgodaj, in sicer v prvem mesecu po porodu. Matere anketiranih otrok so stare od 29 do 40 let. Vse tri so dosegle univerzitetno izobrazbo. Mamice o otrokovih ostalih zdravstvenih težavah ne poročajo. Edini zdravstveni problem, ki jih pesti, je gastroezofagealna bolezen.

- Primer 1 – Miha, je najmlajši otrok, star je 5 mesecev.
- Primer 2 – Matevž, star je 17 mesecev.
- Primer 3 – Tomaž, star je 18 mesecev.

V dveh družinah je to prvi otrok, v eni družini pa drugi.

Dednost, poznavanje bolezni

Glede na poznavanje bolezni Mihova mama pove: *»Izraz gastroezofagealna refluksna bolezen mi ni bil najbolj poznan. V našem ožjem sorodstvu še nismo imeli takšnega primera, moj sin je bil prvi.«* Matevževa mama pove drugače: *»Z GERB-om se nisem srečala prvič, saj je to imel, še v bolj izraziti obliki kot Matevž, že moj 7 let mlajši brat, tako da sem s tem že imela izkušnje.«* Tomaževa mama prav tako zanika, da je kdo v družini imel to bolezen, pove naslednje: *»Z izrazom sem se srečala prvič. Nihče v naši družini ni nikoli imel težav z zgago. Sploh pa nisem vedela, da refluks lahko obstaja pri tako majhnih otrocih.«*

Dojenje, pojav prvih simptomov in izrazitost bolezni

V porodnišnici je bilo dojenje vzpostavljeno pri dveh sodelujočih v intervjuju. Pri Mihi težav pri dojenju ni bilo. Mama pove: *»Dojenje je steklo brez problemov, v porodnišnici se je polno dojit – težav takrat nismo opazili. Bil je pravi jedec. Prve znake sem opazila šele doma. Po vsakem obroku je veliko polival. Takrat sem pač mislila, da se je prenaedel. V samo stanje sem se malo bolj poglobila, ko se polivanje kar ni nehalo, ne glede na to, koliko je pojedel in kdaj je jedel. Sedaj je internet že zelo razširjen, tako da nam mamicam da veliko odgovorov, tako da sem hitro prišla do diagnoze – refluks.«* Prav tako težav pri dojenju ni imela mama Matevža, tudi ona je znake refluksa opazila zelo hitro, in sicer pove, da takoj ko je otrok po vsakem podiranju kupčka polival in bruhal večje količine mleka, včasih več, včasih manj.

Medtem ko Tomaževa mama pravi: *»V porodnišnici sva imela težave z dojenjem, ampak niso bili pogojeni z refluksom, imela sem namreč premalo mleka, tako da je bil otrok kar naprej lačen in na dojki, zato sva začela dodajati umetno mleko že v porodnišnici, z refluksom pa sva se srečala prvič šele drugi dan doma, ko smo prišli iz porodnišnice, in smo vzpostavili ritem hranjenja po steklenički, torej AM. Veliko je bruhal, včasih tudi v loku in čez nos, kar je res izgledalo grozno. Prvi znaki so bili bruhanje po vsakem obroku, tudi veliko zvijanja, joka, in tu in tam je otrok začel*

obračati glavico nazaj, seveda sem simptome vpisala v brskalnik na internetu in tako posumila, da gre za refluks, potrditev smo potem dobili šele pri pediatru.

Veliko ljudi mi je govorilo, da je to pač normalno, otroška navada, da vsak otrok poliva, ko se prenaje. Jaz pa sem vedela, da to ne more biti normalno, vsaj v takšnih količinah ne. Poleg tega je že v prvem mesecu dobival izrazito suho kožo po telesu. Posumila sem na alergijo na KM in si razlagala, da je morda refluks posledica le-tega, kar so pozneje v ambulantni ovrgli.»

Večje količine je polival tudi Miha, mama pove: »Miha je večkrat dnevno polival. Včasih tudi v loku. Pojedel je na primer 150 ml, od tega pa izbruhnil približno, po mojih ocenah, vsaj 30–50 ml.»

Prepoznavanje bolezni in iskanje prvih informacij

Vse mamice so se pri iskanju prvih informacij uprle na spletni brskalnik, kamor so vnesle ključne besede težav. Le Matevževa mama s prepoznavanjem prvih simptomov ni imela težav: *»Kot sem že malo prej omenila, je to isto bolezen imel moj mlajši brat, takoj sem se spomnila nanj. Po posvetovanju z mamo, ki se je bolezni še odlično spomnila, sem bila prepričana, da je mojega sina doletelo enako. Vseeno pa sem še dodatne informacije iskala na internetu, v zgibankah in na forumih, kjer mamice klepetajo med sabo ter si pomagajo z lastnimi izkušnjami.»*

Tomaževa mama si je pomagala še z izkušnjami prijateljice, katere otroka je mesec pred njenim doletelo enako. Pove: *»Imam prijateljico, ki ima dva meseca starejšega sina od mojega. Sam je imel postavljeno isto diagnozo. In takoj sem prve informacije iskala pri njej. Potem pa tudi pri patronažni babici, ko naju je obiskovala na domu. Na spletnem omrežju Facebook smo imele mamice tudi ustanovljeno skupino. Mamice si pomagajo, pišejo svoje težave, ostale pa z izkušnjami ali znanjem svetujejo. Svojo težavo sem objavila tudi tam in bila informirana vsaj z začetnimi stvarmi, ki so mi bile v veliko pomoč.»*

Mihova mama pove, da se vedno za vse informacije najprej obrne na spletni brskalnik, kjer dobi osnovno znanje in razlago, šele nato pomoč išče drugje.

Vse tri matere, s katerimi sem opravila intervju, so načrtno odšle k pediatru in podale mnenje o kakovosti pridobljenih informacij. Največ koristnih informacij in nasvetov o refluksu pri dojenčkih so prejele v pediatrični ambulanti od zdravnika pediatra in medicinske sestre. S strokovnostjo in z znanjem zdravstvenega osebja so bile zelo zadovoljne, menijo, da svoje delo zelo dobro opravljajo. Podane so bile jasne informacije in tudi navodila, kako ukrepati ob pojavu refluksne bolezni. Zaradi prijaznosti in vzpodbude zdravstvenega osebja jim je bilo veliko lažje. Prejele so nekaj brošur in navodila, kako morebiti zmanjšajo količine polivanja, o antirefluksnih ukrepih, priporočljivem načinu oblačenja in o zgoščevanju hrane. Seznanili so jih tudi o AR-formuli.

Mihova mama navaja: *»Če dobro pomislim, sem največ koristnih informacij prejela od medicinske sestre v pediatrični ambulanti, pri pediatru pa nekaj manj. Pri pediatru sva bila napotena na pediatrično kliniko – zadržana potem tudi na gastrooddelku, kjer so ugotovili težavo. Na splošno sem z njihovim delom zadovoljna, mislim, da svoje delo*

opravljajo strokovno. Pediatrična medicinska sestra mi je bila v veliko pomoč, svetovala mi je o antirefluksnih ukrepih in o morebitnih zapletih. Čeprav o zapletih nisem bila tako poučena in so me kar malo prestrašili.«

Matevževa mama pove: »Prvič sem o tem povprašala babico – med. sestro, ki je prišla na prve obiske k otroku, potem pa še pediatra pri prvem obisku. Dobila sem kar nekaj informacij in bila s tem zadovoljna. Veliko sem že tako ali tako vedela sama.«

Tomaževa mama pove: »Večkrat sem se obrnila na patronažno sestro, ki je hodila na dom, ampak nekaj konkretnih odgovorov nisem prejela. Pa seveda pri prvi posvetovalnici na medicinsko sestro in pediatra. Ima namreč čudovit odnos z otroki. Svoje delo je opravljala zelo strokovno in z veseljem in nikoli ji ni težko poslušati in svetovati. Manj zadovoljna sem bila s pediatrom, ampak vseeno sva bila napotena v bolnišnico k specialistom. Tam sva prespala dva dneva, opazovali so vsako hranjenje, tehtali težo pred in po hranjenju, zabeležili, koliko je pojedel, če je bruhal in podobno. Seznanjena sem bila o ukrepih, tako sem postala bolj samozavestna, ni me bilo več toliko strah. Tako sem podkrepila svoje znanje, ki sem ga dobila na internetu.«

Vsi trije dojenčki so kljub refluksu ves čas pridobivali težo, malce počasneje, a vendarle.

Antirefluksni ukrepi in zgoščevanje hrane

Antirefluksni ukrepi so najpomembnejša stvar, ki jo moramo izvajati pri dojenčku, da mu omilimo težave.

Vse tri mamice so že pred obiskom slišale o antirefluksnih ukrepih, a pred prvim obiskom pediatra jih je izvajala le Tomaževa mama, sama pove: »Da, o antirefluksnih ukrepih sem brala na internetu. O njih mi je svetovala tudi prijateljica, ki ima sina z istimi težavami. Zato sem dvignila vzglavje Tomažu v posteljici. Na začetku je bilo to vse.«

Tako Mihova kot Matevževa mama povesta, da posebnih ukrepov pred obiskom pediatra nista izvajali.

Po obravnavi pri pediatru so se vse seznanimi o zgoščevanju hrane in antirefluksnih ukrepih. Mihovi mami so pomagali: »Kar nekaj koristnih informacij sem dobila. Takoj po obisku pediatra sem dvignila vzglavje v posteljici, na previjalni mizi ter otroka nosila v bolj pokončnem položaju. Trudila sem se podirati kupčke in nisem delala silovitih obratov. Stanje se je mogoče za 50 % izboljšalo, nadaljevala sva dojenje 4-krat dnevno, po dojenju pa je še vedno prejemal AR-formulo in sedaj pri 5. mesecih še zdrob in zelenjavo.«

Drugače je bilo pri Matevžu: »Pri naju se stanje po izvajanju antirefluksnih ukrepov ni nič izboljšalo. Pa sem poskušala upoštevati vse svetovano. Brala sem tudi po forumih, s čim vse si pomagajo druge mamice. Res pa je, da midva nisva bila napotena k specialistu. Morda bi mu tam znali bolj pomagati. Stanje se je začelo izboljševati šele po uvajanju goste hrane in ukinjanju dojenja. Občutne razlike pa sem opazila šele pri 8. mesecu, ko sva končala dojenje in pitje adaptiranega mleka.«

Tomaževa mama pove: »Stanje se je postopamo izboljšalo po izvajanju antirefluksnih ukrepov, vendar ne v celoti. Uporabljala sem AR-formule, po hranjenju pa sem ga imela vsaj še pol ure pokonci v dvignjenem položaju, riževu sluz sem začela uporabljati, ko je bil otrok star 4 mesece, in menim, da mu je tudi malce pomagalo. Največji napredek se je opazil pri uvajanju goste hrane. Čeprav je tudi takrat še bil prisoten refluks, ampak je polival v veliko manjših količinah. Zelo sem mogla paziti na količino zaužite hrane, da ni pojedel preveč.«

Problemi, težave, skrbi

Največja težava, s katero so se matere dojenčkov srečevale, je bil strah. Bale so se možnih zapletov, ki jih refluks lahko prinese, in skrbelo jih je, da se stanje ne bo izboljšalo. Na začetku jim je težavo predstavljalo nenehno preoblačenje otroka in pranje oblačil. Problem v današnjem času predstavljajo tudi visoke cene prehrabnih izdelkov in mlečnih formul, ki so namenjeni zgoščevanju.

Mihova mama pravi: »Na začetku me je bilo strah, saj ni nihče vedel, kaj povzroča te težave. Nепrestano sem imela občutek, da je otrok izbruhal vse, kar je pojedel, pa čeprav temu ni tako. In nikoli nisem zares vedela, ali ima dovolj ali ne, ali napreduje na teži, in sem vedno nestrpno čakala na naslednji obisk pri pediatru. Ja, ogromno preoblačenja in pranja, to prinese s sabo. Slišala sem tudi, da lahko zaradi refluksa prihaja do prenehanja dihanja v spanju, zatekanja vsebine v pljučka in pljučnic, tako da so bile moje noči od začetka kar nemirne, dokler se malce ne privadiš. Potem si tega že navajen in na to gledaš kot del vsakodnevne rutine.«

Matevževa mama: »Težko bi rekla, da sem se težko sprijaznila z diagnozo. Zavedala sem se, da se druge mamice in njihovi otročki srečujejo še z veliko hujšimi težavami in zavedala sem se, da je to minljivo. Mogoče pa vseeno kdaj pomisliš, kako bi bilo fino, če tega ne bi bilo.

Predvsem je veliko pranja pa preoblačenja, spomnim se, da je včasih med nočnim hranjenjem bruhal v posteljici pa sem potem morala sredi noči preoblačiti posteljico in njega. S tem sem ga prebudila in si povzročila še dodatne »težave«. Skrbelo me ni nič pretirano, morda ravno zaradi tega, ker je to bolezen imel brat in jo je odnesel brez kakršnihkoli posledic ali težav.«

Tomaževa mama: »Na začetku mi je bilo diagnozo kar težko sprejeti, da. Seveda, ker sva imela že v začetku probleme z dojenjem in s hranjenjem in potem še to bruhanje, zbujanje ponoči, veliko jokanja, otrok se ti smili, potem pa sem diagnozo sprejela, to so pač težave, ki jih dojenčki imajo in smo to seveda k sreči prerastli. Sem se pa bala, kako bo otrok napredoval, na primer, nisem ga mogla dati v položaj pasenja kravic, ker je kar teklo iz njega. In ko so vsi ostali vrstniki že pasli kravice, jih Tomaž še ni. Zaradi strahu, ki sem ga imela v sebi glede spanja ponoči, sem preventivno kupila tudi blazino 'baby sense 2', ki je nadzorovala njegovo dihanje, in bi v primeru, če bi otrok nehal dihati, začela piskati. No, tega sem se najbolj bala. Je pa mogoče tudi za katere starše lahko problem mleko AR-formula, ki je dražje od ostalih mlečnih formul.«

4.2 Intervju z medicinsko sestro

Medicinska sestra, ki je zaposlena v pediatrični ambulanti, opravlja svoje delo že trideset let. V pogovoru o strokovnih smernicah, priporočilih in pristopih v primeru suma na gastroezofagealni refluks medicinska sestra pove: *»Doječim materam svetujemo, naj nadaljujejo dojenje. Matere, ki dojenčke hranijo z adaptiranim mlekom, pa naj uporabljajo AR-formule. V primeru, če dojenček pri dojenju ne pridobiva dovolj teže, se tudi svetuje dodajanje AR-formule po steklenički. V prvi vrsti se svetujeta tudi dvignjeno ležišče in dvignjen naklon na previjalni mizi. Matere morajo dojenčkom skrbno podirati kupčke in jih hraniti večkrat po malem. Poleg tega naj bo otrok po hranjenju čim bolj miren. V posvetovalnici jim pokažemo tudi pravilen handling otroka, ki prav tako pomaga, če ga mama pravilno izvaja. Pri večjih otrocih pa bolj gosto hrano, ne preveč začinjeno in mastno. Odsvetujemo tudi vse sladke in gazirane pijače, čeprav imamo v naši posvetovalnici več izkušenj z refluksom pri dojenčkih.«*

Medicinska sestra še pove: *»Refluksna bolezen se pri dojenčkih pokaže že zelo hitro, v prvem ali drugem mesecu. Po naših izkušnjah izveni okoli 6., 7. meseca, ko se prične uvajanje goste hrane. Veliko mam zmoti že manjše polivanje, ki je pri dojenčkih običajno. Za nas je bolj pomemben podatek, če otrok bruha v loku. Takrat se ga takoj napoti k zdravniku, ta pa ga ponavadi pošlje z napotnico h gastroenterologu.«*

Zaskrbljeni starši včasih tudi pokličejo in prosijo za nasvet, v večini primerov pa o težavah potožijo na prvi posvetovalnici, saj se znaki refluksa pri dojenčkih kažejo že zelo hitro. Medicinska sestra pove: *«V večini primerov problematiko obravnavamo na prvem obisku v posvetovalnici ali drugem. Takrat jih tudi vprašamo, kako jim gre hranjenje, in otroka stehtamo. Večina mamic prihaja z neznanjem. Ene o teh stvareh malo pobrska po internetu in pridejo bolj vešče. Veliko je tudi takih, kot sem že omenila, ki jih moti že normalno polivanje in bljuvanje, ter mislijo, da je že to refluksna bolezen. Naš ključen podatek je pridobivanje teže. Če otrok normalno pridobiva težo, je to za nas dober znak. Če pa otrok ne pridobiva teže oz. pridobiva zelo počasi, pa dojenčka naročujemo redno na tehtanje, kjer spremljamo rast teže.«*

Podatkov o povezavi med doječimi otroki ter hranjenimi po AR-formuli nimajo, vendar glede na izkušnje medicinska sestra navaja: *»Refluks se pri otrocih pojavlja tako pri dojenih kot pri dojenčkih na adaptirani mlečni formuli. Tudi kakšnih hudih zapletov zaradi GERB-a se ne spomnim. Pri večini je res izzvenela do 1. leta starosti.«*

Svoje delo z dojenčki in otroki, ki imajo gastroezofagealno refluksno bolezen, v pediatrični ambulanti medicinska sestra opiše z naslednjimi besedami: *»Opravljam zdravstvenovzgojno delo, mamicam svetujem o antirefluksnih ukrepih, o načinu hranjenja, o pomembnosti podiranja kupčka, če imajo doma tehtnico svetujemo, da tudi same spremljajo napredek v razvoju otroka ter jim, če je treba, večkrat pokažemo pravilen handling. Veliko mamic je zelo zaskrbljenih, sploh pri prvem otroku, zato jih tudi pomirimo, skušamo stvar čim bolj približati in jim biti vedno na voljo tudi po telefonu. Z antirefluksnimi ukrepi se da stanje močno popraviti, zato je res pomembno, da jih pravilno poučimo in da matere to doma izvajajo.«*

5 RAZPRAVA

Gastroezofagealna refluksna bolezen sodi med najpogostejše bolezni požiralnika s pestro klinično sliko in pestrim kroničnim potekom (Šereg Bahar, 2010). Bolezen lahko pri dojenčku in otroku zelo poslabša kakovost njegovega življenja. Na podlagi pregleda literature podatkov o vplivu družinske anamneze na izbruh bolezni ne zasledimo, se pa ugotavlja možnost dednosti pri nastanku le-te bolezni (Logar Car in sod., 1999). Prav tako ugotovimo, da so simptomi gastroezofagealne refluksne bolezni signifikantno pogostejši pri sorodnikih bolnikov z Barrettovim požiralnikom in adenokarcinomom požiralnika (Skalicky in sod., 1999).

Dvema intervjuvanima mamicama bolezen ni bila poznana in zavračata morebiten pojav bolezni že pri katerem članu v družini. Tudi izkušnje intervjuvane medicinske sestre kažejo, da je po mnenju staršev njihov otrok prvi v družini z gastroezofagealno boleznijo. Prvi znaki gastroezofagealnega refluksa se pri večini otrok pojavijo od prvega do šestega tedna otrokove starosti. Dojenček tako poliva, bruha ali celo bruha v loku. Zaradi teh težav otrok težje pridobiva težo, lahko pride tudi do hujšanja (Logar Car in sod., 1999). Povezave med dojenjem in pojavom gastroezofagealne bolezni ali hranjenjem po steklenički in pojavom gastroezofagealne bolezni med pregledom literature ne zasledimo. Tudi intervjuvane mamice ne potrdijo morebitnih povezav glede na način hranjenja. To nam potrdi tudi medicinska sestra. Pravi, da ne opažajo, da bi lahko katerikoli način hranjenja spodbudil nastanek refluksne bolezni. Lahko pa refluks povzročijo: prevelika luknjica na cuclju pri hranjenju po steklenički, bolezen oziroma okužbe prebavil, dihal, centralnega živčevja, preobčutljivost na kravje mleko in druga hranila, anatomske nepravilnosti prebavil, nevrološke motnje, zastrupitve, psihogene bolezni in številni drugi vzroki (Logar Car in sod., 1999).

Še vedno velja, da je dojenje najboljša izbira prehrane do otrokovega šestega meseca starosti, saj vsebuje veliko protiteles, vse pomembne prehranske sestavine in ga oskrbi s pomembnimi prehranskimi in obrambnimi faktorji. Poleg tega otroku daje občutek varnosti (Omerović Pešec, 2005).

Z izvedeno kvalitativno raziskavo smo ugotovili, da prvih znakov refluksne bolezni ni tako težko prepoznati, sploh kadar je prisotno bruhanje v loku. Mamice so se takoj obrnile na razne zloženke, spletne brskalnike in hitro ugotovile, kaj muči njihove otroke, ter prišle na prvi posvet k medicinski sestri že ozaveščene. Tudi medicinska sestra med pogovorom pove, da veliko mamic v dispanzer pride že dobro seznanjenih o problematiki. Kar nekaj pa je tudi takšnih, ki jim to ni niti malo blizu in pridejo v dispanzer prestrašene in zelo zaskrbljene. Pove tudi, da mamice najpogosteje problem opišejo kot prekomerno bruhanje.

Pomembno je, da so starši dobro informirani ter pravočasno prepoznajo refluksno bolezen in njene zaplete. Pozorni morajo biti zlasti na znake ezofagitisa, morebitne aspiracije ali na slabo pridobivanje teže (Kržišnik in sod., 2014). Medicinska sestra v pediatričnem dispanzerju izvaja zdravstvenovzgojno delo pri starših, katerih dojenčki in otroci imajo gastroezofagealen refluks in gastroezofagealno refluksno bolezen. Navodila mora podajati natančno in razumljivo, na starše delovati pomirjujoče in dovolj suvereno, da si pridobi njihovo zaupanje.

Medicinska sestra svoje delo v pediatričnem dispanzerju opravlja že 30 let. Kot najpomembnejšo nalogo navaja svetovanje o antirefluksnih ukrepih. Medicinska sestra nas opozori tudi na pomen pravilnega handlinga otroka in hranjenja. Vse tri mamice potrdijo, da so bile deležne svetovanja in da so bile z njim zadovoljne. Menijo, da so prejele dovolj informacij in da so iz dispanzerja odšle poučene.

Svetuje se antirefluksni položaj, pri katerem ležišče otroka dvignemo pod kotom 30°, prav tako se priporoča dvignjeno vzglavje na previjalni površini. Pred 20 leti se je svetovalo spanje na trebuščku, sedaj svetujejo spanje na desnem boku z dvignjenim vzglavjem. Svetuje se, da otrok po hranjenju miruje in da obvezno podre kupček (Logar Car in sod., 1999). Tri intervjuvane mame so potrdile, da so bile deležne svetovanja in da so bile z njim zadovoljne. Menijo, da so prejele dovolj informacij in da so iz dispanzerja odšle poučene. Kljub temu se z izvajanjem antirefluksnih ukrepov težave niso zmanjšale, vse dokler niso pričele uvajati goste hrane.

Ko je otrok dojenček, je prav tako ključnega pomena svetovanje staršem o vrsti hrane in načinu hranjenja. Evropsko združenje za otroško gastroenterologijo in prehrano ESPGAN je podalo osnovne smernice za pripravo hrane otroka z gastroezofagealnim refluksom. Otroku se priporoča zgostitev hrane, ki izboljša bolezenske znake pri 25 % otrocih (Logar Car in sod., 1999). V primeru, da je otrok hranjen po steklenički, se svetuje uporaba antiregurgitacijske formule (AR), ki zmanjša polivanje in bruhanje. Mamice so potrdile, da se je stanje po uvedbi goste hrane začelo izboljševati, vendar pri hranjenju z AR-formulo niso opazile bistvenega izboljšanja. Podobno je tudi medicinska sestra potrdila, da pri večini otrok izzveni po 6. mesecu, ko začne otrok jesti z žlico.

Po pregledu literature ugotovimo, da je pomembno, da hrana ni ne mrzla ne vroča, da je hrana sveže kuhana in ne pečena, ne premastna, najbolje je, da je dušena v lastnem soku. Hrano zabelimo le z maslom ali s smetano, je ne začnimo s preostriimi začimbami in je ne presolimo. Hrana naj bo mehka, lahka in takšna, da ne povzroča zaprtja. Medicinska sestra nam med pogovorom pove tudi, da otrokom oz. njihovim staršem svetuje, naj bodo obroki manj obilni in enakomerno razporejeni čez cel dan. Izogibajo naj se prigrizkom med posameznimi obroki, otrok pa naj je počasi in hrano dobro prežveči. Izogiba naj se večji količini popite tekočine pred obrokom.

Pomembno je tudi svetovanje o ureditvi telesne teže, sploh v primeru, kadar je ta prekomerna, svetovanje o količini obroka glede na starost otroka in o škodljivosti večernih obrokov pred spanjem. Ti se namreč ne priporočajo 2–3 ure pred spanjem. Pri večjem otroku se prav tako svetuje dvignjeno vzglavje ter ležanje na levem boku ali trebuhu. Poudarek velja tudi na primerni telesni aktivnosti. Izogibati se je treba tesnim oblačilom, ki otroka tiščijo v pasu. Medicinska sestra starše pouči o pomembnosti nadziranja telesne teže in napredovanju otroka, da se le-ti znajo pravočasno obrniti k specialistom, ko je treba. Seznani jih o možnih zapletih. Staršem je tudi v podporo in jim je vedno na voljo za informacije (Logar Car in sod., 1999).

Glede na dobljene podatke v izvedeni raziskavi lahko potrdimo, da so bile matere zadovoljne z informacijami, ki so jih prejele v otroškem dispanzerju. Informacije medicinske sestre so bile jasno podane in razumljive. Menijo, da medicinska sestra svoje delo opravlja strokovno in da problematiki posveti dovolj časa. Ob tem lahko tudi potrdimo zastavljeno raziskovalno vprašanje, saj so največ informacij in podatkov

pridobile od pediatrične medicinske sestre. Matere so dobro izobražene in poučene o ukrepih, ki jih morajo izvajati med boleznijo. Dobro poznajo tudi načela prehranjevanja pri gastroezofagealnem refluksu in smernice zdravega prehranjevanja dojenčkov, ki so bile sprejete leta 2010 v skladu z novimi dognanji (Plevnik Vodušek, 2012).

Poudarjena je bila tudi problematika višje cene prilagojenih mlečnih formul. V primeru, kadar otroku odgovarja le mlečna formula Allernova, je v povprečju treba odšteti vsaj dvakrat več denarja kot za navadne mlečne formule. Osnovni princip zdravljenja refluksnih bolezni je upoštevanje antirefluksnih ukrepov ter prilagojena prehrana glede na starost otroka. To je tudi vse, kar lahko storijo starši sami in s čimer lahko pomagajo svojim otrokom. Veliko pozornosti je usmerjene tudi v raziskovanje in razvoj preventivnih strategij preprečevanja refluksnih bolezni, vendar je tudi na tem področju še veliko neraziskanega in nepojasnjenega.

Na podlagi izvedene kvalitativne raziskave lahko potrdimo drugo, tretje in četrto postavljeno raziskovalno vprašanje. Ta se nanašajo na dobro informiranost, poznavanje simptomov in ukrepanje ob refluksni bolezni ter na izvajanje ukrepov za preprečevanje oziroma lajšanje bolezni. Vse tri mame potrdijo, da so bile dobro informirane in seznanjene o navodilih ter zadovoljivo poučene o ukrepih.

Raziskovalno vprašanje o prepoznavanju zgodnjih znakov refluksne bolezni in simptomov lahko potrdimo, saj so vse intervjuvane mame odšle v dispanzer že z določenim znanjem, ki so ga dobile v večini primerov v spletnem brskalniku ali od tretje osebe, ki je bolezen že poznala.

Medicinska sestra staršem svetuje, jim daje podporo, jih vzpodbuja in ustrezno usmerja. Njena navodila morajo biti jasna, razločna in razumljiva. Iz opravljenih intervjujev lahko razberemo, da se svetovanje na različnih geografskih področjih, od koder so prihajale vključene matere v raziskavi, ujema.

6 ZAKLJUČEK

Gastroezofagealna refluksna bolezen ali okrajšano GERB je zelo pogosta in neredko prelahkotno obravnavana bolezen, saj predstavlja stanje, v katerem je bistveno poslabšano počutje otroka. Pogosto je izražena ponoči, s tem pa je moten tudi otrokov spanec (Skalicky in sod., 1999).

Refluksna bolezen je zadnja desetletja v porastu, in ker je to ena najpogostejših bolezní prebavil pri otrocih, bi bilo treba o njej več ozaveščati že nosečnice. Kot je bilo možno razbrati iz intervjujev, je to lahko zelo stresno za starše, sploh če bolezní prej niso poznali. Pravilno bi bilo kakšno uro več nameniti tej temi tudi v šoli za starše in jo pogosteje omeniti v literaturi, namenjeni nosečnicam. Več podpore in poudarka glede polivanja bi se moralo dati že prve dni po rojstvu v porodnišnici, saj zdravstveno osebje pogosto jemlje to prelahko in kot nekaj samoumevnega. Že takrat bi morali staršem svetovati, kako opazujejo količino polivanja in še druge simptome, ki bi lahko nakazovali na gastroezofagealno bolezen, ter jim vsaj na kratko opisati in predstaviti bolezen. Več bi bilo treba osveščati tudi patronažne sestre, ki prihajajo v stik z materjo in otrokom in so prve pri njih po prihodu iz porodnišnice. Le-te jih lahko z ustreznim znanjem in opazovanjem sprememb (ko polivanje ni več fiziološko) usmerijo v otroški dispanzer. Večkrat pa znanje, ki ga dobijo mame pri pediatru, ni dovolj.

Smiselno bi bilo izvajati tudi delavnice, kjer bi mamam bolj približali antirefluksne ukrepe in handling otrok, saj je to ključnega pomena pri lažšanju simptomov refluksa. Glede na to, da je veliko še neraziskanega glede refluksa v povezavi z dojenjem in s hranjenjem po steklenički in da ni vodenih statističnih podatkov o tej povezavi, bi bilo smiselno na nacionalni ravni opraviti raziskavo, katere rezultati bi bili pokazatelji vpliva dojenja in hranjenja po steklenički in incidence pojava refluksne bolezní ter vpliva družinske anamneze. V intervjujih večkrat tudi izstopa problem dragih mlečnih formul. Menimo, da bi morale biti prilagojene mlečne formule cenovno enako dostopne kot navadne mlečne formule. To, da so toliko dražje, je v težkih časih in okoliščinah še dodatno breme za družino. Svetujemo, da bi se subvencionirale vse mlečne formule, predvsem pa za tiste, ki so socialno šibkejši. Za ta ukrep potrebujemo tudi posluh oblasti in jih moramo spodbuditi k posluhu za potrebe posameznika.

7 VIRI

- ALLI, R. A., 2014. *Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) in Infants or Children* [spletni vir]. [Datum dostopa 20. 05. 2014]. Dostopno na <http://www.webmd.com/children/infants-children>.
- ARGUIN, A. L. in SWARTZ, M. K., 2004. Gastroesophageal reflux in infants: a primary care perspective [spletni vir]. *Pediatric Nursing Journal*, letn. 30, št. 1, str. 45–51, 71. [Datum dostopa 12. 1. 2015]. Dostopno na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15022852>.
- BARMBY, L., 2004. *New Beginnings*. V: VOZEL, M., ur. Posodobljeno s strani LLLI. letn. 15, št. 6, str. 175–176.
- BROWN, P., 2000. Medical management of gastroesophageal reflux. *Current Opinion in Pediatrics*, letn. 12, št. 3, str. 247–250.
- BUDIHNA, N., BRATANIČ, B. in MILČINSKI, M., 1994. *Nuklearna medicina v pediatriji*. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica, str. 65–68.
- CARRIEL, J., 1979. A historical review of the clinical coursequences of hital hernia (partial thoracic stomach) and gastroezosphageal reflux. V: GELLIS, S. S, ur. *Gastroesophageal Reflux: Report of the Ross Conference of Pediatric Resarch*. Columbus: Ohio, str. 1–12.
- CORVAGLIA, L., MONARI, C., MARTINI, S., ACETI, A. in FALDELLA, G., 2013. Pharmacological Therapy of Gastroesophageal Reflux in Preterm Infants. *Gastroenterology Research and Practice*, št. 2013, str. 6–10.
- CORVAGLIA, L., ROTATORI, R., FERLINI, M., ACETI, A., ANCORA, G. in FALDELLA, G., 2007. The effect of body positioning on gastroesophageal reflux in premature infants: evaluation by combined impedance and pH monitoring. *Journal of Pediatrics*, št. 151, str. 591–596.
- DEL BUONO, R., WENZL, T. G. in RAWAT, D., 2006. Acid and non-acid gastroesophageal reflux in neurologically impaired children: investigation with the multiple intraluminal impedance procedure. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, št. 43, str. 331–5.
- GEBAUER SESTERHENN, B., PRAUN, M., 2003. *Velika knjiga o dojenčku*. Ljubljana: Mladinska knjiga, str. 164–166.
- GERHARDT, D. C. in CASTELL, D. O., 1983. *Anatomy and physilogy of the esopgageal sphincters*. V: CASTELL, D. O. in JOHNSON, L. E., ur. Esophageal function in health disease. 1. izdaja. New York: Elsevier Biomedical, str. 17.
- HOJS, R. in KRAJNC, I., 1999. Srečanje internistov in zdravnikov splošne medicine. V: *Zbornik predavanj in praktikum /X. srečanje internistov in zdravnikov splošne medicine »Iz prakse v prakso« z mednarodno udeležbo, Maribor, 21.–22. maj 1999*. Maribor: Splošna bolnišnica, str. 205–206.

- JOHNSON, K., 2014. *Heartburn/GERD Health Center: GERD and Acid Reflux in Infants and Children* [spletni vir]. [Datum dostopa 22. 05. 2014]. Dostopno na <http://www.webmd.com/heartburn-gerd/reflux-infants-children?page=2>
- JUNG, A. D., 2001. Gastroesophageal Reflux in Infants and Children. *American Family Physician*, letn. 11, št. 64, str.1853–1861.
- KALIŠNIK, M., 2007. *Slovenski medicinski slovar*. 3. izdaja. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 329 - 867.
- KHAN, S., ORENSTEIN, R. S., IZADNIA, F., 1999. *Gastroesophageal reflux disease in children*. *Gastroenterology Clinics of North America*, letn. 28, št. 4, str. 947–969.
- KOCIJANČIČ, A., MREVLJE, F. in ŠTAJNER, D., 2005. *Interna medicina*. Ljubljana: Littera picta, str. 444–446.
- KREČAN, N., 2008. *Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta z refluksno boleznijo požiralnika: diplomsko delo* [spletni vir]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 25–8. [Datum dostopa 20. 9. 2014]. Dostopno na naslovu: <https://dk.um.si/Dokument.php?id=7374>
- KRŽIŠNIK, C. in BATTELINO, T., 2010. *Izbrana poglavja iz pediatrije*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo.
- KRŽIŠNIK, C. in BATTELINO, T., 1998. *Izbrana poglavja iz pediatrije – nujna stanja v otroški psihiatriji: gastroezofagealni refluks v otroški dobi*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, str. 101–145.
- KRŽIŠNIK, C. in sod., 2014. *Pediatrija*. 2. ponatis. Ljubljana: DZS, str. 324–325.
- LOGAR CAR, G. in sod. *Prehrana zdravega in bolnega otroka: diete za obolenja prebavil, ob alergiji in vročini*. Ljubljana: Domus, 1999, str. 152–3.
- MADSEN, E., 2008. *Ultrasound is there a connectio to Gastro-esophageal reflux in babies?* [spletni vir]. [Datum dostopa 6. 1. 2015]. Dostopno na <http://icpa4kids.org/fr/Wellness-Articles/ultrasound-is-there-a-connection-to-gastro-esophageal-reflux-in-babies.html>
- MINSKY, B. D., GOODMAN, K. in WARREN, R., 2010. Cancer of the esophagus. V: HOPPE, R. T., PHILLIPS, T. L. in ROACH, M., ur. *Textbook of radiation oncology*. 3. izdaja. Philadelphia: Elsevier Saunders, str. 772–787.
- MITCHELL, D. J., MCCLURE, B. G. in TUBMAN, T. R., 2001. Simultaneous monitoring of gastric and oesophageal pH reveals limitatations of conventional oesophageal pH monitoring in milk fed infants. *Archives of Disease in Childhood*, št. 84, str. 273–6.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje* (v tisku). Zbirka podatkov Spremljanje bolnišničnih obravnav (hospitalizacije) 2013.

- N. D. [spletni vir]. [Datum dostopa 12. 2. 2015]. Dostopno na <https://s-media-cache-ak0.pinimg.com/236x/62/17/40/6217400b6f039932858396692766125c.jpg>
- OMEROVIČ PEŠEC, E., 2005. *Dojenje* [spletni vir]. [Datum dostopa 20. 11. 2014]. Dostopno na http://www.mb-lekarne.si/slo/svetovalec/pogosta_vprasanja/-1/ni_teme/-1/ni_razvrscanja/28/dojenje
- OREL, R., 2003. *Vloga kislega GER in DGER v patogenezi ezofagitisa pri otrocih: doktorska disertacija*. Ljubljana, str. 11–34.
- OLIVERS BABY n. d. [spletni vir]. [Datum dostopa 12. 2. 2015]. Dostopno na http://www.olivers-baby-care.co.uk/media/catalog/product/cache/1/image/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/r/e/rest-easy-1_2.jpg
- PLETERSKI, G., IVANUŠA, M., DRINOVEC, J. IN MOHAR, A., 1996. Gastroezofagealna refluksna bolezen. V: DRINOVEC, J., ur. Povzetki predavanj: Učna delavnica ulkusna in gastroezofagealna refluksna bolezen: *Zbornik predavanj, simpozij ob 38. Tavčarjevih dnevih*. Novo mesto, str. 6–45.
- PLEVNIK VODUŠEK, V., BENCIK, D., SEDMAK, M. in PLEČNIK, Z., 2012. *Prehrana dojenčka*. 10. ponatis. Ljubljana: Merit International, str. 1–9.
- PLEVNIK VODUŠEK, V., BENCIK, D., SEDMAK, M. in PLEČNIK, . in sod., 2013. *Prehrana dojenčka* [spletni vir]. 11. ponatis. Združenje za pediatrijo: SZD, str:2. [Datum dostopa 14. 12. 2014]. Dostopno na: <http://fliphtml5.com/zlhu/hbun/basic>
- ROSEN, R. in NURKO, S., 2004. The importance of multichannel intraluminal impedance in the evaluation of children with persistent respiratory symptoms. *Teh American Journal of Gastroenterology*, št. 99, str. 2452–8.
- SANCHEZ, E. D. in GREMSE, D. A., 2003. Gastroesophageal reflux in infants and children. *Pediatric medicine board review manual*, letn. 1, št. 1, str. 1–10.
- SEDMAK, M. in LOGAR - CAR G., 2001. *Otrok z gastroezofagealnim refluksom*. Ljubljana: Pediatrična klinika, str. 1–7.
- SILVERMAN, A. in ROY, C. C., 1983. Esophageal disorders. V: *Pediatric clinical gastroenterology*. St. Louis: CV Mosby, str. 142–161.
- SMRKOLJ, V., 1995. *Kirurgija*. Ljubljana: Sledi, str. 257–270.
- ŠEREG BAHAR, M., 2010. Ekstrazofagealna refluksna bolezen kot vzrok za bolezen v ORL področju. V: *Novejši pogledi na bolezni ušes, nosu, žrela in grla*. Ljubljana: CIP, 49–53.
- TEPEŠ, B., 2004. Gastroezofagealna refluksna bolezen. *Medicinski razgledi*, št. 43, str. 261.
- VANDENPLAS, Y., ASHKENAZI, A. in BELLI, D. A., 1993. Proposition for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease in children: a report

from a working group on gastroesophageal reflux disease. *European Journal of Pediatrics* št. 152, str. 704–711.

VANDENPLAS, Y., RUDOLPH, C., DI LORENZO, C., in sod., 2009. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, letn. 49, št. 4, str: 498–547.

VANDENPLAS, Y., 1992. Why monitor the pH in the esophagus. V: *Oesophageal pH monitoring for gastro-oesophageal reflux in Infants and Children*. Chichester: John Wiley & Sons, str. 1–2.

POVZETEK

Gastroezofagealna refluksna bolezen je pogosta, kronična in ponavljajoča se bolezen prebavil. Raziskave kažejo, da se pojavlja vsako leto pogosteje. Poznamo jo že več kot 20 let. Glavna simptoma sta vračanje želodčne vsebine v požiralnik in zgaga. Pogosto je posledica občasne sprostitve tonusa mišice zapiralke v požiralniku in zvišanega pritiska v trebušni votlini. Prvi znaki se pojavijo pri večini otrok v prvem do šestem tednu otrokove starosti. Diagnozo potrdimo z ultrazvočno preiskavo trebuha, preiskavo urina, blata, krvi, scintigrafijo in 24-urno PH-metrijo. Lahko se izvaja tudi zahtevnejše postopke za potrditev diagnoze, kot so rentgenska preiskava prebavil, endoskopija in opazovanje praznjenja želodca z radioaktivnimi snovmi, raztopljenimi v mleku. Za izboljšanje stanja je zelo pomembno, da se pravilno izvaja antirefluksne ukrepe in da se starosti otroka prilagodi prehrana.

Namen diplomske naloge je s pregledom tako domače kot tuje literature opredeliti gastroezofagealni refluks, etiologijo, klinično sliko in diagnostiko, prognozo, preventivo, zdravstveno vzgojo ter spremljanje otroka z gastroezofagealnim refluksom. Naš namen je tudi odkriti posebnosti obravnave dojenčka z GERB v zdravstveni negi.

Cilji diplomske naloge so: ugotoviti, kateri so najočitnejši znaki in simptomi, zaradi katerih lahko starši posumijo na gastroezofagealni refluks pri dojenčku in otroku, ugotoviti, kakšne so temeljne naloge medicinske sestre pri dojenčku in otroku z gastroezofagealnim refluksom, in ugotoviti najpomembnejši vir informacij, namenjenih staršem dojenčka ali otroka z GERB.

S polstrukturiranim intervjujem, ki je vseboval 18 vprašanj, smo izvedli raziskavo, v katero smo vključili tri matere otrok, ki imajo GERB in so mlajši od 24 mesecev. Intervju je potekal v mesecu januarju, z dvema materama osebno, z eno materjo pa po telefonu. V povprečju je intervju trajal 20 minut. Podatki raziskave so opisno predstavljeni. V raziskavi je bil opravljen tudi intervju z medicinsko sestro v otroškem dispanzerju.

Rezultati raziskave so pokazali, da matere kar hitro in uspešno prepoznajo zgodnje znake refluksne bolezni ter da so zelo dobro poučene, informirane od zdravstvenega osebja o ukrepih za preprečevanje oziroma lajšanje znakov bolezni.

Ključne besede: Gastroezofagealna refluksna bolezen, dojenčki, majhni otroci, bolezen prebavil, refluks

SUMMARY

Gastroesophageal reflux disease is a common, chronic and recurring disease of the gastrointestinal tract. We know about it for 20 years. Research indicates that it occurs each year more frequently. The main symptoms are regurgitation of stomach contents into the esophagus and heartburn which is often the result of temporary release tone sphincter of the esophagus and high pressure in the abdominal cavity. In the majority of children first signs appear in the 1-6 week of the child's age. The diagnosis of GERB is confirmed with ultrasound of the abdomen, examination of urine, feces, blood, scintigraphy and 24-hour pH monitoring. There is a possibility to diagnose GERB with even more complex procedures, such as X-ray, gastrointestinal endoscopy or gastric emptying observation of radioactive substances, dissolved in milk. To improve the condition we must adjust diet-depending on the child age and take anti-reflux measurement.

The purpose of this thesis is through the use of a systematic review of both domestic and foreign professional literature define gastroesophageal reflux disease, etiology, clinical presentation and diagnosis, prognosis, prevention, and health education for this particular disease. Our aim is to discover the particularities in nursing for babies with GERD in health care.

The goals of the thesis are: to determine which are the most obvious signs and symptoms which parents may suspect gastroezofagialni reflux in infants and children, to determine what are the basic tasks of nurses in infants and children with gastro-oesophageal reflux and to determine the most important source of information for parents infant or child with GERD.

We conducted a study through semi-structured interview of 18 questions in which we questioned three mothers with a child younger than 24 months with GERD. The interview was done in January with two mothers personally and with one through a telephone conversation. The study includes an interview with a nurse in a children's clinic. The interview lasted approximately 20 minutes. Data from this study is presented descriptively.

The results showed that mothers quickly and effectively identify early signs of reflux disease and that they are very well trained and informed by medical staff on measures to prevent or relieve the signs of the disease.

Key words: Gastroesophageal reflux disease, babies, small children, disease of the gastrointestinal tract, reflux

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Meliti Peršolja Černe za vso strokovno pomoč, vodenje in svetovanje. Hvala, da ste se vedno odzvali, ko sem potrebovala vaše mnenje in pomoč, in hvala, ker ste bili tako razumevajoči.

Zahvala gre moji družini, očetu, materi in bratu ter možu, saj so me ves čas študija podpirali, spodbujali in mi vlivali pogum in pripomogli k uresničitvi postavljenih ciljev.

Zahvaljujem se sošolki in prijateljici Niki Jerneji Hudnik za podano znanje in nesebično pomoč ter nasvete, ko sem jih potrebovala.

Posebna zahvala tudi medicinski sestri in vsem mamicam, ki so se odzvale na mojo prošnjo ter so sodelovale pri intervjuju.